

ZENAF Arbeits- und Forschungsbericht (ZAF)

Nr. 3 / Dezember 1995

Söhnke Schreyer

**Präsident Clintons Reform des U.S. Gesundheitssystems
im Spannungsfeld von Kongress, Öffentlichkeit und
organisierten Interessen**

Michael Bothe

Wandlungen der amerikanischen Umweltpolitik

Copyright (C) by Michael Bothe
und Söhnke Schreyer

Zentrum für Nordamerika-Forschung
Center for North American Studies
Johann Wolfgang Goethe-Universität

Robert-Mayer-Str. 1
60054 Frankfurt am Main

Tel.: (069) 798 28521/22

Federal Republic of Germany

Inhalt

	Seite
Vorbemerkung	7
Söhnke Schreyer: Präsident Clintons Reform des U.S. Gesundheitssystems im Spannungsfeld von Kongress, Öffentlichkeit und organisierten Interessen	9
Michael Bothe: Wandlungen der amerikanischen Umweltpolitik	27
Vorträge im Rahmen der Ringvorlesung im WS 1994/95 (Übersicht)	45

Vorbemerkung

Die vorliegende Ausgabe der *ZENAF Arbeits- und Forschungsberichte* setzt mit den Beiträgen von Söhnke Schreyer und Michael Bothe die Veröffentlichung von Vorträgen der Ringvorlesung des ZENAF vom Wintersemester 1994/95 zum Thema '*Die USA im 20. Jahrhundert: Gesellschaft, Staat, Kultur*' fort, die im Mai 1995 mit der Publikation des Eröffnungsvortrags von Hans-Jürgen Puhle und des Schlussvortrags von Peter Lösche (vgl. ZAF 2 / Mai 1995) begonnen hat. Eine Übersicht über die weiteren Vorträge im Rahmen der Ringvorlesung findet sich am Ende dieses Berichts.

Präsident Clintons Reform des U.S. Gesundheitssystems im Spannungsfeld von Kongress, Öffentlichkeit und organisierten Interessen

Söhnke Schreyer

1. Das Scheitern der Reforminitiative der Clinton-Administration

Die Initiative der Clinton-Administration zu einer grundlegenden Reform des U.S. Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungssystems scheint mit ihrem Scheitern auf den ersten Blick die bekannten Muster der Entwicklung bzw. Nichtentwicklung des amerikanischen Sozial- und Interventionsstaates zu bestätigen und das Interesse am Thema bereits heute auf historisch-zeitgeschichtliche Aspekte reduzieren. *Speaker Tom Foley* (D-Wash.) und *majority leader George Mitchell* (D-Maine) gaben im September 1994 ungeachtet der demokratischen Mehrheiten in beiden Kammern des Kongresses ohne formelle Abstimmungen den Versuch auf, eine Reform auf der Basis des *Health Security Plan*, so die offizielle Bezeichnung der Vorlage des Präsidenten, voranzutreiben. Nicht nur für den Präsidenten und die Administration stellt das eine schwere Niederlage und eine noch größere Enttäuschung dar; um so mehr als nur wenige Monate zuvor die Reformer noch hohe Erwartungen gehegt hatten und die Einschätzung der Chancen grundlegender Veränderungen überaus positiv ausgefallen waren.¹ Selbst der Parteiführer der Republikaner im Senat, Robert Dole, *senior senator* des Staates Kansas und neuer *majority leader*, hatte prognostiziert, daß eine Reform des Gesundheitssystems kommen werde, wenngleich er dabei weniger an Clintons *Health Security Plan* dachte. Sen. Dole hat allerdings im weiteren tatkräftig daran mitgewirkt, das Fenster für eine

* Der vorliegenden Text ist eine mit Anmerkungen versehene und korrigierte, inhaltlich aber unveränderte Version des im November 1994 im Rahmen der Ringvorlesung des ZENAF vom Autor gehaltenen Vortrags unter dem Titel: "Präsident Clintons Reform des U.S. Gesundheitssystems im Spannungsfeld von Kongress, Öffentlichkeit und organisierten Interessen".

(1) Siehe beispielsweise Mark A. Peterson, Institutional Change and the Health Politics of the 1990s, in: American Behavioral Scientist (July 1993), S.782-801. Optimistisch insbesondere der vielleicht prominenteste Soziologe des U.S. Gesundheitssystem und Clinton-Berater Paul Starr, The Logic of Health Care Reform. Why and How the President's Plan Will Work, Whittle Books, New York 1994. Kritischer aus der Perspektive eines Befürworters von Reformen nach kanadischem Muster Rashi Fein, The Politics of Health Reform, in: Dissent (Winter 1994), S.43-51; allerdings reflektiert selbst noch die Form, in der Fein Zweifel anmeldet, die generelle Erwartungshaltung.

Reform in vielleicht letzter Sekunde zu schliessen. Die glaubwürdige Androhung eines *filibuster* im Senat - parlamentarischer Obstruktion vermittelt des nur mit qualifizierter Mehrheit einzuschränkende Rederechts der Senatoren - verhinderte, daß die von den verschiedenen Kongressausschüssen ausgearbeiteten Kompromissvorlagen überhaupt im Plenum diskutiert wurden. Der Mehrheitswechsel zugunsten der Republikaner in den Zwischenwahlen vom November 1994 im Repräsentantenhaus wie im Senat garantiert darüberhinaus, daß Wiederbelebungsversuche des Clinton-Plans im 104. Kongress keinerlei Aussicht auf Erfolg haben. Von Roosevelt und Truman über Nixon und Carter bis zu Clinton bleibt damit, so der Eindruck, die Kontinuität einer nicht zu durchbrechende Reformblockade im Gesundheits- und Krankenversicherungsbereich bestimmend.

Die Diskussion der Initiative der Clinton-Administration im Spannungsfeld von Kongress, Öffentlichkeit und gesellschaftlichen Interessengruppen muss sich dennoch nicht auf eine Anamnese, eine Krankengeschichte der Gesundheitsreform beschränken, die die genauen Ursachen des Ablebens und den Zeitpunkt dessen Eintritts feststellt. Zunächst führt die Analyse des Reformversuchs unmittelbar auf die gegenwärtige Krise des U.S. Gesundheitsversorgungs- und Krankenversicherungssystems, auf die der Plan Clintons wie die Alternativvorstellungen anderer Demokraten, der Republikaner wie verschiedener Interessengruppen eine Antwort zu geben versucht hat. Infolge des Scheiterns der Clinton-Administration bleibt zum einen diese Strukturkrise bestehen; zum anderen hat die Unterlassung von Reformen ebenso wie deren Durchsetzung politische, fiskalische, ökonomische und soziale Folgen. Aus diesen Gründen ist nicht zu erwarten, daß die Auseinandersetzungen um eine Reform des Krankenversicherungs"systems" und der medizinischen Dienstleistungsmärkte in den USA einfach suspendiert werden oder eine auch nur vorläufige Ruhestatt in den Archiven der Sozialpolitik finden. Der Präsident bleibt zumindest vorerst ein relevanter "Akteur" und Einzelelemente seines Reformpakets bieten mögliche Optionen wie die der Alternativvorschläge.² Schliesslich geben die Auseinandersetzungen, die Reformvorschläge und die Ergebnisse bzw. deren Ausbleiben Aufschluss über die relativen Positionen von Präsident und Kongress, Parteien und Parteiflügeln, organisierten Interessen und Öffentlichkeit, im Sinne der politischen Kräfteverhältnisse ebenso wie der Interessen und der ideologischen Vorstellungen, die die reformerischen Gestaltungsspielräume bestimmen. Gerade in dieser Hinsicht, so glaube ich, lassen sich einige interessante Befunde und grundlegende Veränderungen

(2) Ein überraschendes Beispiel hierfür bieten die in Clintons Reformvorschlag an prominenter Stelle figurierenden *Health Maintenance Organizations* (HMOs), die führende Republikanern unter dem Schlagwort der »freien Arztwahl« ins Zentrum der Kritik rückten, diese aber in den Vorlagen der republikanischen Kongressmehrheiten zur Reform von *Medicare* 1995 wiederaufgriffen.

konventioneller Politikmuster aufweisen. Darüberhinaus möchte ich noch hervorheben, daß die Reformdebatte nicht nur für die Entwicklung des amerikanischen Sozialstaats von hoher Bedeutung ist, sondern auch eine internationale Dimension hat. Die Durchsetzung wie die Nichtdurchsetzung und die sich hieraus ergebenden Konsequenzen für den Gesundheitssektor in den USA nehmen als Erfahrungswerte Einfluss auf die Diskussion um die Krise des Sozial- und Interventionsstaates, die in der Bundesrepublik wie in anderen modernen Industriegesellschaften seit den 1970er Jahren geführt wird. Bemerkenswerterweise stellen die bisherigen Entwicklungen und Erfahrungen in den USA dabei die konventionellen Positionen und Argumentationsmuster der Debatte um den modernen Sozial- und Interventionsstaat vollkommen auf den Kopf.

Allerdings kann ich das Thema und die vielfältigen Einzelaspekte, Fragen und Bezüge hier nur in Ansätzen aufgreifen. Neben der Kürze der Zeit und der Komplexität des Materie hat das vor allem den Grund, daß es sich um einen aktuellen, noch nicht abgeschlossenen Prozess handelt, zu dem noch nicht alle relevanten Daten bekannt, erhoben und teilweise nicht einmal gegeben sind. Erwarten sie deswegen keine umfassende und abgeschlossene Analyse, sondern bestenfalls einen Einstieg in das Thema. Mit diesen *caveats* will ich die folgenden Aspekte ansprechen:

- 1.) die historische Entwicklung und gegenwärtige Struktur des Gesundheitssektors in den USA, mit primärem Fokus auf das System der Krankenversicherung,
- 2.) die Krise des U.S. Gesundheits- und Krankenversicherungssystems,
- 3.) Clintons Reformvorschlag vor dem Hintergrund der politischen Alternativen,
- 4.) die politische Auseinandersetzungen und Konstellationen sowie die Aussichten oder vielmehr die Unwägbarkeiten der weiteren Entwicklung.

2. Entwicklung und Struktur des Krankenversicherungs"systems" in den USA

Betrachtet man zunächst die Struktur des amerikanischen Gesundheitssektors und des Krankenversicherungssystems, so wird dies, insoweit man von einem System sprechen kann, in der Regel als marktwirtschaftlich charakterisiert. Das ist in dem Sinn richtig, daß nicht nur die Produktion und Verteilung medizinischer Güter und Dienstleistungen weitgehend privatwirtschaftlich organisiert ist, sondern auch kein öffentliches System universaler oder nahezu universaler Krankenversicherung besteht. Das Fehlen einer allgemeinen Krankenversicherung ist im internationalen Vergleich der Aspekt, der bis heute wesentlich den Ausnahmecharakter des U.S. Sozialstaats begründet. Gemessen am

Modell eines voll entwickelten *welfare state*, der die Risiken von Arbeitslosigkeit, Alter, Armut, Invalidität und eben Krankheit in der einen oder anderen Form absichert, ohne notwendigerweise das schwedische Niveau erreichen zu müssen, ist in den USA gerade der Bereich nicht abgedeckt, in dem in allen entwickelten Industrienationen die staatliche Garantie einer Grundversorgung als selbstverständlich angesehen wird. An ernsthaften Versuchen, ein staatlich reguliertes System der Krankenversicherung aufzubauen, hat es auch in den USA nicht gefehlt. Nach ersten Vorstößen der *Socialist Party* kurz nach der Wende zum 20. Jahrhundert, wurde die Forderung vom *Progressive Movement* im Rahmen eines umfassenden Programms sozialer Sicherung aufgegriffen und damit zu einem Mainstream-Thema. Das Programm der *Progressive Party* für den Präsidentschaftswahlkampf von 1912 mit dem früheren republikanischen Präsidenten Theodore Roosevelt als Kandidaten forderte neben einer Alters-, Arbeitslosen-, Invaliden- auch eine Krankenversicherung. Theodore Roosevelt verlor die Wahlen gegen den progressiven Demokraten Woodrow Wilson, erzielte aber immerhin einen erheblich höheren Stimmenanteil als sein republikanischer Amtsnachfolger und Gegenkandidat Howard C. Taft. Erst nach der Weltwirtschaftskrise von 1929 wurde das sozialstaatliche Projekt von den Demokraten unter dem Präsidenten Franklin D. Roosevelt wiederaufgegriffen. Allerdings liessen Franklin Roosevelt und sein *Council on Economic Security* die Krankenversicherung aus dem *Social Security*-Paket von 1935 heraus, weil sie befürchteten, zu Recht oder zu Unrecht, durch die Aufnahme den Erfolg der Gesamtreform zu gefährden. Ein weiterer Anlauf 1938 kam ebenfalls nicht über die Planungsphase hinaus. In der Folgezeit hat es dann Harry Truman ebenso erfolglos versucht wie Richard Nixon, Jimmy Carter und zuletzt Bill Clinton.

Die Serie der Fehlschläge der Einführung eines nationalen Krankenversicherungssystems begleitete jedoch auf der einen Seite die Entwicklung eines privaten Systems der Krankenversicherung mit hoher Reichweite sowie auf der anderen Seite massive staatliche Eingriffe. Wenigstens anmerken will ich, daß beide Entwicklungsstränge die wissenschaftlich-technischen Durchbrüche in der Medizin reflektierten, deren Ansätze ins erste Drittel des 19. Jahrhunderts zurückreichen, aber erst nach dem Zweiten Weltkrieg in der modernen, kostenträchtigen Intensivmedizin mit ihren weitreichenden Eingriffsmöglichkeiten resultierten. Mit der Transformation der Medizin und des Gesundheitssystems wurde zugleich die Funktion der Krankenversicherung grundlegend neu definiert. Ursprünglich zielte Krankenversicherung primär auf Einkommensstabilisierung, Sicherung gegen den Ausfall von Arbeitseinkommen bei Krankheit. Die Herausbildung der modernen Intensivmedizin führte dazu, daß Krankenversicherung heute wesentlich der Finanzierung des Zugangs zu medizinischen Dienstleistungen dient.

Doch zurück zur Frage der Entwicklung des bestehenden amerikanischen Systems der Krankenversicherung: Die erste, gemessen am Personenkreis wichtigste Komponente stellt die private Versicherung. Etwa 70-75% der Amerikaner unter 65 Jahren sind privat versichert.³ Die überwältigende Mehrheit dieses Personenkreises ist im Zusammenhang mit dem eigenen Arbeitsverhältnis oder dem der Haushaltsvorstände versichert, wobei Arbeitgeberleistungen von Zuschüssen bis zur 100% Übernahme variieren und die Versicherungen unterschiedliche Leistungsumfänge abdecken. Häufig ausgenommen sind beispielsweise Zahnarztkosten und Medikamente. Dieses Muster der Bereitstellung von Versicherungsschutz, das sich unter den Vorzeichen der allgemeinen Prosperität nach dem Zweiten Weltkrieg eingespielt hat, wird gelegentlich mit dem Begriff *welfare capitalism* beschrieben, das heisst, die Kapital- bzw. Arbeitgeberseite übernimmt die Funktion der sozialen Sicherung. Für diejenigen, die in den Genuß der Leistungen des *welfare capitalism* kommen, garantiert die private Versicherung zumeist einen ausreichenden Zugang zu den qualitativ hochwertigen medizinischen Dienstleistungen, die der Gesundheitssektor in den USA bietet. Wenngleich die zunehmenden Probleme der zurückliegenden Jahre keineswegs vor dem Bereich der Privatversicherung Halt gemacht haben, spiegelt sich die Leistungsfähigkeit in der hohen Zufriedenheit der meisten U.S. Bürger mit ihrer individuellen Versorgung.

Doch weder ist der *welfare capitalism* ohne staatliche Hilfe zustande gekommen, noch stellt er für alle Sozialgruppen das Grundmodell dar. Zunächst wird Versicherung im Rahmen des Arbeitsverhältnisses steuerlich massiv subventioniert. Krankenversicherung als Lohn- oder Einkommensbestandteil unterliegt nicht der Steuerpflicht, sodaß Anfang der 1990er Jahre bereits mehr als \$ 50 Mrd. an effektiven Steuervergünstigungen gewährt wurden. Zweitens existieren heute mehrere staatliche Versicherungsprogramme, die insgesamt ca. 60 Millionen Amerikaner abdecken. Die wichtigsten Programme sind Medicare und Medicaid, die Mitte der 1960er Jahre im Zuge der *Great Society*-Gesetzgebung geschaffen wurden. Medicare ist das Programm für Rentner, einschliesslich arbeitsunfähiger Personen mit Rentenansprüchen und teilweise chronisch Kranke; Medicaid ist die Krankenbeihilfe für sozialhilfeberechtigte Personen. Zu erwähnen sind ferner noch das Gesundheitsversorgungssystem der U.S. Streitkräfte, das bemerkenswerterweise unter dem Akronym "Champus" läuft, sowie ein Program für *native Ameri-*

(3) Die Daten sind den verschiedenen Ausgaben des *Green Book* des *House Ways and Means Committee* sowie des *Statistical Abstract* des *Bureau of the Census* zu entnehmen; vgl. etwa *Committee on Ways And Means, U.S. House of Representatives, Overview of Entitlement Programs. 1992 Green Book*, Government Printing Office, Washington, D.C., May 1992 und *Bureau of the Census, Statistical Abstract of the United States 1994*, 114th ed., Government Printing Office, Washington, D.C. 1994.

cans, die indianischen Ureinwohner. Drittens greift der Staat in den USA in vielfältiger Weise durch Forschungsförderung, Krankenhausbau, öffentliche Gesundheitsdienste etc. in den Gesundheitssektor ein. Nicht übersehen werden sollte schliesslich, daß neben dem Bund auch die Einzelstaaten einen potentiell weitreichenden Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitssektors haben. Hawaii beispielsweise hat auf der Einzelstaatenebene bereits ein System etabliert, daß in wesentlichen Elementen Clintons Reformvorschlag entspricht. Ein guter Gesamtindikator für das staatliche Engagement im Gesundheitssektor scheint mir der Anteil der Kosten, die Programme des Bundes und der Einzelstaaten abdecken. 1991 trug die öffentliche Hand knapp 44% aller Ausgaben direkt, Versicherungen etwa 31%, private Haushalte etwa 23% und den Rest private Wohlfahrtsträger. Zur Verdeutlichung der Veränderungen: noch 1965, also vor der Einführung von Medicare und Medicaid, lag der öffentliche Anteil bei knapp über 20%, gegenwärtig dagegen bei ca. 44% und rechnet man noch die Steuersubventionen hinzu, beträgt der Anteil sogar ca. 50%. Wenngleich also die weitaus meisten U.S. Bürger nach wie vor privat versichert sind, ist der amerikanische Gesundheitssektor heute bereits in einem hohen Maß staatlich durchdrungen, ein Mischsystem wie die gesamte amerikanische Wirtschaft, in dem tendenziell insbesondere die Komponente privater Versicherung an Bedeutung verliert.

3. Die Krise des Krankenversicherungssystems in den USA

Die grobe Skizze der gegenwärtigen Struktur des amerikanischen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems ist nicht nur für das Verständnis der Auseinandersetzungen und Reformpläne grundlegend, sondern natürlich auch für die Diskussion der Probleme oder, wie vermutlich die meisten Beobachter formulieren würden, der Krise des Gesundheitssystems. Eine Reihe von republikanischen Politikern hat in der Debatte den Punkt gemacht, daß eigentlich keine Krise, sondern nicht mehr als einige Probleme das U.S. Gesundheitssystem plagen. Diese Aussage motiviert natürlich ein taktisches Kalkül, aber im Sinne einer realitätsnahen Einschätzung kann mit Recht darauf hingewiesen werden, daß der Begriff "Krise" hier nicht den unmittelbar bevorstehenden Zusammenbruch des Gesundheitssektors als Gesamtsystems meint; auch die zumeist hohe Qualität der angebotenen Dienstleistungen und verwendeten Technologien sollte nicht übersehen werden. Als krisenhaft ist vielmehr die Unfähigkeit des Systems zu bezeichnen, Entwicklungen immanent zu kontrollieren, die kurz- und mittelfristig die Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen, langfristig aber auch die Systemstabilität in Frage stellen

könnten. Zwei der krisenhaften Entwicklungen will ich aufgreifen, 1.) das Problem der Nichtversicherung oder Unterversicherung und 2.) das Problem der Kostenexplosion. Auf zwei weitere Probleme will ich wenigstens hinweisen: Qualität ist ungeachtet des hohen Ausbildungsstands des Personals und der verfügbaren Technologie zum Beispiel in ländlichen Gebieten ebenso wie in den Kernbereichen der städtischen Metropolen ein erhebliches Problem. Eine fundamentale Krise, die kaum ernsthaft diskutiert wird, besteht zudem in der ethischen Dimension. Angesichts der Tatsache, daß die moderne Intensivmedizin mehr Eingriffsmöglichkeiten bietet als jede noch so leistungsfähige Volkswirtschaft bezahlen kann, stellt sich nicht nur die Frage, was dürfen wir tun, sondern zumindest ebenso drängend, was können, sollen oder müssen wir unterlassen.

Nicht- und Unterversicherung sowie Kostenkontrolle bleiben jedoch die bestimmenden Themen der politischen Auseinandersetzungen. Zum ersten Punkt, dem Problem der zunehmenden Nicht- und Unterversicherung: Die grösste Beunruhigung geht von der wachsenden Zahl der U.S. Bürger aus, die über keinerlei Versicherungsschutz verfügen, 1991 schätzungsweise 39 Millionen Personen oder ca. 17% der Bevölkerung unter 65 Jahren. Das ist die neueste, mir bekannte Schätzung, die auf Daten der Bundesregierung beruht, und gleichzeitig eine neue Rekordmarke.⁴ Gegenüber Ende der 1970er Jahre ergibt sich ein Anstieg um ca. 10 Millionen. Zudem stellt diese Zahl eine Stromgröße dar, vergleichbar der Arbeitslosigkeit, die die Summe von Bestand, Zu- und Abgängen ausdrückt. Eine 28-Monatsstudie der amerikanischen Zensusbehörde, durchgeführt in den späten 1980er Jahren, weist eine Gesamtzahl von 63 Millionen Personen auf, die vorübergehend ohne Versicherung waren, 40 Millionen davon über ein halbes Jahr, 30 Millionen über ein Jahr und 10 Millionen über den Gesamtzeitraum. Nur eine kurze Bemerkung zur sozialen Zusammensetzung der Gruppe der Nichtversicherten. Grundsätzlich streut das Risiko der Nichtversicherung breit, aber besonders betroffen sind die jüngeren Alterskohorten, die unteren Einkommensgruppen mit geringem Bildungsgrad, Minoritäten und Männer. Bemerkenswerterweise sind ca. 70% der betroffenen Personen Vollzeitarbeitnehmer und deren Familienangehörige. Insofern kann man von einem Versagen des Modells des *welfare capitalism* sprechen. Mit der Verschiebung der Arbeitsplätze aus dem industriellen Sektor - gewerkschaftlich relativ hochorganisiert und von großen Unternehmen dominiert - zum Sektorservice - weitgehend gewerkschaftsfrei

(4) Von knapp unter 40 Mill. nichtversicherten U.S. Bürgern geht beispielsweise noch der Economic Report of the President, Government Printing Office, Washington D.C., February 1995, S.44 aus. Aktualisierte Schätzungen setzen die Zahl bei bis zu 43.4 Mill. an; siehe Keith Bradsher, Medicaid Cuts Would Swell Ranks of the Uninsured, Critics Say, in: International Herald Tribune (28.8.1995), S.3 (New York Times Service).

und von Kleinunternehmen beherrscht - greift der klassische Mechanismus von Arbeit und Krankenversicherung zusehends schlechter. Aber steigende Zahlen der Nichtversicherten ist nicht das einzige Problem, sondern wird in den USA von dem zunehmenden Phänomen der Unterversicherung begleitet. Von Unterversicherung kann man dann sprechen, wenn bestimmte erhebliche Risiken durch die Versicherung nicht abgedeckt sind. Risikoausschluss tritt sehr häufig und in sehr unterschiedlichen Formen auf. Noch relativ harmlos ist die Nichtabdeckung beispielsweise von Medikamenten oder zahnärztlicher Behandlung. Typische Formen des Ausschlusses erheblicher Risiken stellen dagegen die Nichtversicherung von sogenannten *preexisting conditions*, Krankheiten oder Schwangerschaften, die vor Abschluss der Versicherung bereits bestehen, oder Nichtversicherung von bestimmten Krankheiten wie Aids oder Krebs, sowie Begrenzungen der finanziellen Leistungen auf bestimmte Höchstsummen. Da U.S. Bürger relativ häufig ihren Arbeitsplatz und damit ihre Versicherung wechseln, bildet Risikoausschluss ein erhebliches und wachsendes Risiko. Nach Schätzungen sind bis zu 50 Millionen Amerikaner unterversichert, beispielsweise haben 5 Millionen Amerikanerinnen keinen Versicherungsschutz, der eine Schwangerschaft abdeckt.

Die Diskussion der Gründe für die wachsende Nicht- und Unterversicherung führt unmittelbar auf den zweiten grossen Problem- und Krisenherd des amerikanischen Gesundheitssektors, die Kostenexplosion. In den USA fliessen gegenwärtig ca. 14 bis 15% des Sozialprodukts in den Gesundheitsbereich, über \$ 800 Mrd. oder \$ 3.000 pro Kopf. 1960 waren es nur knapp 5%, 1970 ca. 7.5% und 1980 ca. 9%. Ungeachtet des enormen Zuwachses des Sozialprodukts hat sich der Anteil der Gesundheitsausgaben damit seit 1960 in etwa verdreifacht. Zum Vergleich: Kanada verwendet etwa 9-10%, die Bundesrepublik oder Frankreich 8-9%, Japan 7% und Grossbritannien 6% des jeweiligen Sozialprodukts für Gesundheitsausgaben.⁵ Dabei ist vor allem bemerkenswert, daß die Disparitäten zwischen den USA und den anderen Industrienationen insbesondere seit den 1970er Jahren erheblich gewachsen sind. Alle Länder haben infolge der Entwicklung der medizinischen Technologie und der Verschiebungen in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung einen erheblichen Kostendruck verarbeiten müssen, doch nur das U.S. System war nicht in der Lage, die Zuwächse zu kontrollieren, obwohl es von Unternehmen, Versicherungen wie vom Staat eine Reihe von Versuchen gegeben hat. Zumal

(5) Umfassende Daten stellt Jean Pierre Poullier, Gesundheitssysteme im Vergleich, Fakten und Trends 1960-1991, Gesundheitspolitische Studie der OECD, Ecomed 1994 zusammen. Nach Schätzungen soll der Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP in den USA unter unveränderten Rahmenbedingungen bis 2000 auf 16%, bis 2005 auf ca. 18% steigen; siehe wiederum den Economic Report of the President von 1995, Anm. 4.

der Vergleich mit Kanada ist suggestiv: 1970 lagen die Ausgaben in den USA wie Kanada bei knapp über 7% Anteil, Kanada hat Mitte der 1970er Jahre dann eine allgemeine staatliche Krankenversicherung eingeführt und lag Anfang der 1990er Jahre bei 9-10%; die USA haben nicht gehandelt und der Anteil stieg auf 14% plus. Die Diskussion, warum ein dezentrales, privatwirtschaftliches System gegenüber einem staatlich-korporativen geringere Kapazitäten der Kostenkontrolle aufweist, kann ich nicht ausführlich diskutieren. Ich will mit Blick auf die Reformdiskussion nur auf drei Punkte hinweisen:

- 1.) ein zentrales System hat enorme Einsparpotentiale durch Vereinheitlichung. Beispielsweise wird in den USA etwa ein Viertel der Ausgaben nicht für intensive High-Tech-Behandlung verausgabt, sondern für die Verwaltung. In Kanada liegt der Anteil bei nurmehr 11%, weniger als die Hälfte.⁶
- 2.) Versicherungsmärkte unterscheiden sich von normalen Märkten dadurch, daß sie *third party payer markets* sind, das heisst das die Kosten nicht von den Konsumenten direkt getragen werden, kein direkter Zusammenhang zwischen Kosten und Leistungen besteht. Gezahlt wird vielmehr von Dritten, den Versicherungsgebern. Allgemeine Leistungseinschränkungen und Einsparungen durch Versicherungen führen aber zur Abwanderung von Versicherungsnehmern hin zu Anbietern, die nicht generelle Beschränkungen auferlegen, sondern bestimmte, konzentrierte, kostenintensive Risiken und Risikogruppen ausschliessen. In einem universellen, zentralisierten System kann dies unterbunden werden.
- 3.) sind Gesundheitsmärkte stark asymmetrisch und sichern Anbietern eine dominante Position, vor allem weil es ein dramatisches Informationsgefälle gibt. Wenn ein Arzt eine Untersuchung oder Behandlung nahelegt, kann dies eigentlich nur ein anderer Arzt kontrollieren, wobei jedoch die Patienten in der Regel durch ihr Interesse an der bestmöglichen, nicht der effektivsten Diagnose und Therapie auf der Seite des Anbieters stehen. Vielleicht ist der Gesundheitsmarkt der einzige Markt, auf dem das Saysche Theorem tatsächlich gilt, daß jedes Angebot seine eigene Nachfrage schafft, wenngleich sich die Wirkungsweise anders gestaltet als es die klassische Ökonomie annimmt.

(6) Ein guten Überblick über die kontroverse Diskussion zu den "administrativen" Kosten unterschiedlicher Gesundheitssysteme vermittelt die Studie: U.S. Congress, Office of Technology Assessment, International Comparisons of Administrative Cost in Health Care, BP-H-135, U.S. Government Printing Office, Washington D.C., September 1994. Die genannten Daten greifen auf Berechnungen von Steffie Woolhandler, David U. Himmelstein, The Deteriorating Administrative Efficiency of The U.S. Health Care System, in: New England Journal of Medicine (May 2, 1991), S.1253-58 zurück.

Aber ich will das Thema nicht vertiefen und weitere, teilweise spezifisch amerikanische Probleme wie die teuren Kunstfehlerprozesse und ihre Auswirkungen nicht aufgreifen. Festzuhalten bleibt, daß die Struktur des Gesundheitsmarktes in den USA eine effektive Kostenkontrolle nicht zulässt. In der Konsequenz steigen die Zahlen der nicht- wie der unterversicherten Personen ebenso wie die Ausgaben von Privathaushalten, Unternehmen und, auch in den USA, des Staates. Das erzeugt einen hohen, wachsenden Reformdruck.

4. Präsident Clintons Reformvorschlag im Spektrum der politischen Alternativen

Die Diskussion der Kernelemente von Präsident Clintons Reformvorhaben vor dem Hintergrund der politischen Alternativen kann an meine bisherigen Ausführungen nahtlos anschliessen, insofern die verschiedenen Reformvarianten, mehr oder minder umfassend, die beiden dargestellten Probleme der Nicht- und Unterversicherung sowie der Kostenkontrolle aufgreifen. Lassen sie mich zunächst einige vereinfachende Bemerkungen zur Struktur des Spektrums der Reformvorschläge machen.⁷ Grundsätzlich kann man das Spektrum der Reformvorschläge zwischen zwei Polen ordnen, die ich auf der einen, linken Seite als kanadische Variante, auf der anderen, rechten Seite als amerikanische Variante charakterisieren möchte. Zur Markierung der Unterschiede sind drei Dichotomien geeignet: 1.) Staat versus Markt als Regulativ; 2.) korporative oder voluntarische Ausgestaltung der Regelungen; 3.) strukturelle oder inkrementelle Anlage der Reformen. Die kanadische Variante, vertreten vom linken Flügel der Demokratischen Partei, heisst strukturelle Reform zur Einrichtung eines staatlich-korporativen Versicherungssystem. Das ist zwar noch nicht *socialized medicine* im Sinne des britischen Systems, aber *nationalized health insurance*. Das Ziel: universelle Versicherung mit einem Standardpaket von Leistungen und effektiver Kostenkontrolle durch das staatliche Nachfragemonopol. Die amerikanische Variante dagegen setzt auf inkrementelle Reformen, die marktorientiert und voluntaristisch-freiwillig ausgelegt sind. Ein Beispiel hierfür bietet der 1992 vom Präsident Bush vorgeschlagene Reformplan, an dem im Prinzip alle weiteren republikanischen Alternativvorlagen zu Clinton, in mehr oder minder großzügiger und durchgreifender Form festgehalten haben. Kernpunkt sind zum einen Steuersubventionen für Bezieher von Niedrigeinkommen, um Versicherungen am privaten Markt

(7) Zu Präsident Clintons Reformvorschlag siehe Erik Eckholm, *The Presidents Health Security Plan*, Times Books, New York 1993 sowie ebenfalls hierzu und zu alternativen Reformkonzepten Ullrich K. Hoffmeyer, Thomas R. McCarthy (eds.), *Financing Health Care*, Vol.II, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London 1994, S.1240-63.

kaufen zu können. Zum anderen eine Reform des Versicherungsmarktes, die die gängige Praxis des Ausschlusses von Risiken bzw. Risikogruppen untersagt. Das heisst, bestehende Strukturen bleiben grundsätzlich unangetastet, aber der Staat übernimmt eine nicht unerhebliche Ordnungs- und Ausgleichsfunktion, ohne Universalität und Kostenkontrolle zu gewährleisten.

Präsident Clintons Reformplan ist nun zwischen diesen beiden Alternativen einzuordnen, wenngleich er nicht einfach die geometrische Mitte des Spektrums repräsentiert. Vielmehr kombiniert er die verschiedenen Elemente, Staat und Markt, korporative und voluntaristische Mechanismen, strukturelle und inkrementelle Reformen. Generell kann man sagen, daß der Clintonssche Reformentwurf bestehende Strukturen inklusive der privaten Versicherungen wie der staatlichen Programme bestehen lässt, aber mit neuen, zusätzlichen Organisationselementen überzieht - insofern strukturelle und inkrementelle Reformelemente zugleich. Zudem versucht der Vorschlag, durch die Einschaltung staatlicher Organisationselemente den Gesundheitsmarkt funktionsfähig zu machen, was unter dem Stichwort *managed competition* geführt wird und auf Konzepte konservativer Ökonomen zurückgreift. Aber vor allem in Hinsicht auf die starke Betonung der korporativen Züge, die mit gesetzlichen Zwangsmitteln vorgegebenen Rahmendaten und Verfahren unterscheidet sich Clintons Version des organisierten Wettbewerbs von der konservativen Variante. Dies ist auch der entscheidende Grund, seinen Plan links von der Mitte zu verorten. Wie sieht das konkret aus? Relativ einfach ist der Aspekt der Versicherung: Krankenversicherung wird gesetzlich vorgeschrieben. Wer sich nicht selbst versichert, wird beim ersten Kontakt mit dem Gesundheitssystem zwangsversichert. Finanziert wird dies zum einen durch die Verpflichtung der Arbeitgeber, ihre Mitarbeiter zu versichern, anteilig bei Teilzeitarbeit und mit staatlichen Subventionen vor allem für kleinere Unternehmen. Für die Personen ohne Versicherung via Arbeitsverhältnis übernimmt in Abhängigkeit vom Einkommen der Staat die Kosten ganz oder teilweise. Komplizierter wird es in der Organisation des Systems, die die Umsetzung der Versicherungspflicht, vor allem aber eine effiziente Kostenkontrolle gewährleisten soll. Die wichtigsten neuen Strukturelemente sind auf nationaler Ebene das *National Health Board*, eine unabhängige Aufsichts- und Regulierungsbehörde, und auf einzelstaatlicher Ebene die *Health Alliances*. Die *Health Alliances* werden als Vermittler zwischen den Konsumenten auf der einen Seite und den Versicherungen und Anbietern von medizinischen Dienstleistungen auf der anderen Seite geschaltet. Sie sind sozusagen Zwangskorporationen der Verbraucher, die durch regionale Monopole die Marktmacht der Nachfrageseite organisieren sollen. Den Verbrauchern sollen die *Alliances* Standardversicherungen, eine *guaranteed national benefit package*, in mindestens zwei Formen

anbieten. Sogenannte *Low Cost Plans* sehen geringe Eigenbeteiligungen der Verbraucher vor, legen diese aber auf bestimmte Anbieter, Ärzte, Krankenhäuser etc., fest (HMOs, *Health Maintenance Organizations*). Sogenante *Higher Cost Plans* verlangen höhere Eigenbeiträge, erlauben dafür aber freie Wahl der Ärzte etc. Gegenüber den Versicherungen treten die *Alliances* als Verhandlungspartner und Kontrollinstanz auf. Zentral ist, daß die *Alliances* über die Zulassung von Versicherungen als Anbieter in ihrem Gebiet entscheiden, d.h. diese lizensieren. Die Regeln, an die sie dabei gebunden sind, zielen insbesondere darauf, daß die Ausgabenzuwächse unter bestimmten Grenzen bleiben. Etwas vereinfacht funktioniert das folgendermaßen: Die *Alliances* sollen durch das von ihnen lizenzierte Angebot sicherstellen, daß der Mix von Versicherungsabschlüssen in ihrem Gebiet einem nationalen Richtwert entspricht, wobei regionale Sonderfaktoren einberechnet werden. Der nationale Richtwert ist anfänglich an den gegenwärtigen durchschnittlichen Kosten für das gesetzliche Leistungspaket orientiert. Künftige Kostensteigerungen dürfen aber die Inflationsrate nicht überschreiten. Die Aufgabe, diese Limits durchzusetzen, ist zum einen den Versicherungen zugedacht, aber die *Alliances* können auch direkt mit den Anbietern von medizinischen Dienstleistungen Preise aushandeln. Darüberhinaus kontrollieren und bewerten die *Alliances* die Leistungen der Ärzte, Krankenhäuser etc. und machen diese Informationen den Verbrauchern zugänglich. Hervorheben will ich noch, daß erstens die *Alliances*, wenn sie keine geeigneten Versicherungsträger finden, diese Rolle selbst übernehmen müssen. Die Einzelstaaten können aber auch in ihrem Gebiet generell die Funktion der Versicherung übernehmen, nach kanadischen Muster als *single payer* auftreten. Zweitens können Unternehmen mit mehr als 5000 Beschäftigten sogenannte *Corporate Alliances* bilden, die in etwa wie *Regional Alliances* funktionieren, ohne territorial beschränkt zu sein.

Abschliessend möchte ich nur noch betonen, daß gerade die komplexe Verknüpfung von Markt und Staat, strukturellen und inkrementellen Reformen ursprünglich die Stärke von Clintons Entwurf auszumachen schien, weil diese eine Universalisierung der Krankenversicherung und effektive Kostenkontrolle ohne eine Abschaffung bestehender Strukturen zu erreichen versprach.

5. Die politischen Auseinandersetzungen um Präsident Clintons Reforminitiative

Angesichts der enormen Komplexität und Reichweite des Reformvorschlags der Clinton-Administration, der immerhin 14-15% der U.S. Wirtschaft staatlich durchorgansiert und kontrolliert hätte, mag sich die Frage stellen, auf der Grundlage welcher Annahmen

Clintons Team überhaupt jemals zu der Einschätzung einer realen Durchsetzungschance gekommen ist. Ganz offensichtlich hat sich die Administration in irgendeiner Hinsicht grundlegend verschätzt und fundamentale Fehler in der verfolgten Reformstrategie gemacht. In der Retrospektive könnte man sogar sagen: Déjà vu; warum sollte es Präsident Clinton besser ergehen als Carter, Nixon, Truman oder Roosevelt? Doch unbeschadet der Tatsache, daß Clintons Reform gescheitert ist und damit zumindest in der nahen Zukunft aus politischen Gründen weder dieser noch andere, ähnlich umfassende Vorhaben realisiert werden können, bleibt der Reformdruck wie die Möglichkeit von Reformen bestehen. Man könnte sogar vermuten, daß die überaus günstigen Voraussetzungen für durchgreifende Veränderungen in den vergangenen Jahren die Sensibilität der Administration für die Schwierigkeiten der Umsetzung entscheidend gestört hat, ganz abgesehen von dem weitgehend unbegründeten Vertrauen des Clinton-Teams in die eigenen Fähigkeiten der Kommunikation mit der Öffentlichkeit. Das heisst nicht, daß ich glaube, wenigstens inkrementelle Reformen, wie sie von gemäßigten Demokraten oder den Republikanern vorgeschlagen wurden, seien im 104. Kongress eine ausgemachte Sache. Im Gegenteil, die vermeintlich "nur" inkrementellen Reformvarianten sind ebenfalls von erheblicher Reichweite und primär der Kongress, nicht die Öffentlichkeit oder die organisierten Interessen, scheint mir gegenwärtig die entscheidende Hürde für jedwede Reform. Lassen sie mich zunächst einige Bemerkungen zu den Einstellungen der U.S. Bürger machen, zweitens zu den Positionen der organisierten Interessen, und dann drittens auf den Kongress zurückkommen.

Erstaunlich ist mit Blick auf die öffentliche Meinung in den USA insbesondere die hohe Unzufriedenheit der Bevölkerung mit dem gegenwärtigen System.⁸ Obwohl die U.S. Bürger persönlich mit den unmittelbaren Leistungen, ihrer medizinischen Behandlung und Betreuung, in der überwältigenden Mehrheit sehr zufrieden sind, ist die Forderung nach zumindest grundlegenden Reformen oder aber einer kompletten Reorganisation in keiner entwickelten Industrienation so weit verbreitet wie in den USA, mit Ausnahme vielleicht Italiens. Umfragedaten aus den 1980er wie den frühen 1990er Jahren zeigen, daß - mit fallender Tendenz - deutlich weniger als 30% der U.S. Bevölkerung mit dem Status Quo zufrieden sind und geringfügige Änderungen am System für ausreichend hält. In den frühen 1990er Jahren ist der Anteil der Reformgegner auf unter 15% zurück-

(8) Aktuelle Umfragergebnisse sind vor allem den verschiedenen Ausgaben von *The Gallup Poll Monthly* von 1994 entnommen. Längerfristige Perspektiven bieten u.a. Karlyn H. Bowman, *Public Attitudes on Health Care Reform. Are the polls misleading the Policy Makers?*, The AEI Press, Washington, D.C. 1994 sowie Lawrence C. Jacobs, Robert Y. Shapiro, *Questioning the Conventional Wisdom on Public Opinion Toward Health Reform*, in: *Political Science & Politics* XXVII (June 1994) 2, S.208f.

gegangen. Zwischen 45 und 60% halten demgegenüber grundlegende Reformen für wünschenswert, zwischen 20 und 40% wollen strukturelle Reformen. Als Indikator für die enorme Unzufriedenheit der U.S. Bürger können auch die Antworten auf die Frage nach der Einführung des kanadischen Systems einer steuerfinanzierten nationalen Krankenversicherung gewertet werden, das ca. 2/3 der U.S. Bevölkerung befürworten. Das ist nicht als informiertes oder dezidiertes Votum für das kanadische System zu interpretieren, zeigt aber, wie wenig sich die U.S. Bevölkerung in der Suche nach wirksamen Reformen durch ideologische Vorbehalte einschränken lässt. Ein nahliegender Grund für die Befürwortung von Reformen ist die Befürchtung, daß die Probleme von Nicht- oder Unterversicherung sowie der Kostenexplosion die eigene Versorgung und die der Familienmitglieder infragestellt. Doch gleichzeitig bleibt die Zustimmung zu dem Prinzip garantierter universeller Krankenversicherung hoch; ca. 70-80% der U.S. Bürger halten dies für ein wichtiges Ziel, nicht erst seit den 1980er Jahren. Die Gewährleistung von Sicherheit und universeller Versicherung wird ebenso eindeutig als Aufgabe des Staates gesehen. Die Befürwortung eines stärkeren Engagements der Regierung im Gesundheitsbereich reicht dabei von höheren Steuern, in gewissen Grenzen, bis hin zu Preiskontrollen.

Wenn sich aber die amerikanische Bevölkerung so reformbegeistert zeigt, wo ist dann das Problem? Zunächst wollen die U.S. Bürger keine Abstriche an ihrem individuellen Zugang zu medizinischen Dienstleistungen und deren Qualität hinnehmen. In dieser Hinsicht lassen sich leicht Zweifel an konkreten Plänen schüren. Dazu kommt die grundsätzliche Schwierigkeit, daß die Zustimmung zu Reformen und die hohen Erwartungen an die Regierung mit einem allgemeinen Misstrauen gegen *big government* wie gegen die Clinton-Administration speziell gepaart ist. Beispielsweise soll die Regierung eine Rolle in der Durchsetzung universeller Krankenversicherung spielen, aber einer Verwaltung durch die Regierung wird kein sehr grosses Vertrauen entgegengebracht. Oder höhere Steuern ja, aber nur wenn die effiziente Verwendung für bestimmte Zwecke gewährleistet bleibt. Diese generelle Ambivalenz kennzeichnet auch die Reaktion auf Clintons Reformvorschlag. Ursprünglich hohe Zustimmung, dann wachsende Zweifel, die durch eine massive öffentliche Kampagne der Reformgegner geschickt und gezielt verstärkt wurden. Aber unbeschadet der Effektivität der Öffentlichkeitsarbeit der Reformgegner und der wachsenden Skepsis gegenüber Clinton wurde der Reformimpuls zwar gebremst, aber kaum neutralisiert. Eine Gallup-Umfrage, die differenziert nach Ablehnung der Clinton-Reform, Zustimmung unter der Voraussetzung von Änderungen und vorbehaltloser Zustimmung fragte, zeigt eine im Zeitablauf relativ stabile Mehrheit von ca. 45-55%, die Clintons Reform in abgeänderter Form durchgesetzt sehen wollte,

gegenüber 15-25% entschiedener Gegner und Befürworter. Vor diesem Hintergrund wird auch deutlich, daß eine kompetentere Amtsführung seitens der Clinton-Administration die Zustimmung zu ihrem Reformvorschlag positiv beeinflussen hätte können. Über die Fehlleistungen der Administration hinaus erwies sich jedoch für die Republikaner vor allem als günstig, daß die amerikanische Öffentlichkeit angesichts der tiefsitzenden Ambivalenz keine Eile, sondern eher einen *slow approach* in der Reform des Gesundheitssystems für angemessen hielt. Eine nach den Novemberwahlen durchgeführte Umfrage der *Kaiser Foundation* bestätigt, daß der Sieg der Republikaner 1994 keineswegs ein Nachlassen der Reformerwartungen seitens der Öffentlichkeit bedeutet; bemerkenswerterweise werden aber jetzt vom Kongress Initiativen erwartet.

Zu den Einstellungen der amerikanischen Öffentlichkeit könnte und müsste natürlich noch sehr viel mehr gesagt werden. Doch ich will noch auf die politische Konstellation der organisierten Interessen eingehen, die unter etwas anderen Vorzeichen eine in vielerlei Hinsicht ähnliche Ambivalenz zeigt. Auf den ersten Blick scheint alles beim Alten geblieben zu sein. Befürworter der Reform sind Gewerkschaften, Sozialverbände, Public Interest Groups und Kirchen (minus Abtreibung). Dagegen stehen die Unternehmer, Arbeitgeber, Versicherungen, der große Berufsverband der Ärzte, die *American Medical Association* (AMA), und konservative ideologische Gruppierungen, die insgesamt finanziell überlegene Mittel mobilisieren und damit den Reformimpuls auffangen. Richtig bleibt natürlich, daß die von den gegen Clintons Plan mobilisierenden Verbänden getragene Kampagne relativ effektiv Zweifel an der Reform genährt hat und so die republikanische Strategie einer hinhaltenden Blockade untertützte. Aber nicht weniger wichtig scheint mir zu erwähnen, daß sich die Opposition gegen Clinton nur noch negativ auf eine Verhinderung von Clintons Reform verständigt hat, selbst jedoch keine genuine Anti-Reform-Koalition mehr darstellt.⁹ Vor allem kleine und mittlere Unternehmer haben sich aufgrund der vorgesehenen Pflichtversicherung durch die Arbeitgeber heftig gegen Clinton gewehrt. Dagegen versichern die großen Unternehmen ohnehin fast durchgängig ihre Arbeitnehmer und sind von daher sowohl an Kostenkontrolle wie an gleichen Konkurrenzbedingungen gegenüber *small business* interessiert sind.

(9) Die durchgreifenden Veränderungen im Spektrum organisierter Interessen in den USA sowie den konkreten Positionen der einzelnen Interessengruppen (nicht nur) im Gesundheitssektor bleiben in der Regel vollkommen unberücksichtigt. Ein prägnantes Beispiel hierfür ist *American Medical Association* (AMA), die noch immer als übermächtiger Gegner eines nationalen Krankenversicherungssystems in den USA gilt. Tatsächlich führen die Forderungen der AMA, vor allem die generelle Pflichtversicherung durch die Arbeitgeber (*employer mandate*) und die Ausweitung wie Vereinheitlichung von Medicaid durch den Bund genau in diese Richtung, auch wenn dies erhebliche staatliche Einschränkungen ärztlicher Autonomie impliziert; siehe James S. Todd u.a., *Health Access America - Strengthening the US Health Care System*, in: *Journal of the American Medical Association* (May 15, 1991), S.2503-6.

Das *Chamber of Commerce* ebenso wie die *National Association of Manufacturers* und der *Business Roundtable* haben durchaus gezögert, bevor sie sich gegen Clinton ausgesprochen haben. Clinton hat dieses Zögern am Ende nicht geholfen, doch der wichtige Tatbestand ist, daß selbst Unternehmer und Arbeitgeber heute Maßnahmen zur Reorganisation des Gesundheitssystems fordern. Favorisiert wurde von der Wirtschaft am Ende der sogenannte Cooper-Plan, eine Kompromißversion aus Clintons Plan und republikanischen Vorschlägen, der auf die Belastung der Arbeitgeber verzichtete und den der gemäßigte Demokrat Jim Cooper aus Tennessee im Repräsentantenhaus ins Spiel gebracht hat. Aber auch die AMA tritt heute nicht mehr generell und prinzipiell gegen *socialized medicine* an, sondern befürwortet *employer mandates*, eben die Pflichtversicherung durch die Arbeitgeber, und eine Ausweitung von Medicaid für Nicht- und Unterbeschäftigte. Es ist also noch einmal gelungen, eine einflussreiche Koalition gegen die weitreichenden Reformvorschläge der Clinton-Administration zu formieren, die, auch darauf will ich hinweisen, unter Führung der republikanischen Partei eine grundlegende Reorganisation vorerst blockieren konnte. Doch mittlerweile fordern eigentlich alle wichtigen Verbände Reformen, die der Regierung eine wachsende Rolle in der Regulierung wie der Finanzierung des Gesundheitssystems zumessen, wobei die Forderungen untereinander kaum kompatibel sind. Nicht eingehen kann ich an dieser Stelle, auf die grundlegenden Veränderungen im Spektrum der organisierten Interessen in den USA, beispielsweise die Ausdifferenzierung der Interessen und Organisationen im Gesundheitsbereich, die die frühere Vormachtstellung der AMA, die heute kaum noch die Hälfte der Ärzte repräsentiert und mit einer Vielzahl von anderen Ärzte-, Krankenhäuser-, Pfleger- und Schwesternverbänden und so weiter konkurrieren muss. Deswegen aber der Hinweis auf die Führungsrolle der Republikaner.

Angesichts der Ambivalenzen in der U.S. amerikanischen Öffentlichkeit wie unter den organisierten Interessen mag es vielleicht nicht so erstaunlich anmuten, daß auch im Kongress keine klare Konstellation gegeben war, ohne daß man davon ausgehen kann, daß die Abgeordneten und Senatoren einfach die öffentliche Meinung oder die gesellschaftlichen Interessengruppen repräsentieren. Zugespitzt könnte man formulieren, daß Präsident Clintons Problem mit dem Kongress nicht war, daß es zuwenige Reformer gab, sondern zu viele und zu verschiedene. In der Demokratischen Partei variierten die Positionen von nationaler Krankenversicherung nach kanadischem Muster bis hin zu Minimalreformen. Selbst die Republikaner haben eine nichtendenwollende Zahl von Reformvarianten produziert - ungeachtet der zum Teil taktischen Motive kein unerhebliches Faktum. In diesem Zusammenhang bleibt darauf hinzuweisen, daß ein schweres Versäumnis der Clinton-Administration war, den Kongress und die verschiedenen

Faktionen in beiden Parteien, nicht von vorneherein in den Prozess der Planung und Formulierung der Reform einbezogen zu haben. Clinton hat diesen Fehler durch die Ablösung von Ira Magaziner und seiner Frau, Hillary Rodham Clinton, die beiden Manager der Reformen für die Administration, durch Leon Panetta, den früheren Abgeordneten und Chef des OMB, gegenwärtig Chief of Staff des White House, quasi zugestanden. Erstaunlich bleibt bei all dem der Umstand, daß es dennoch gelungen ist, jeweils zwei Ausschüsse im Repräsentantenhaus und im Senat zur Ausarbeitung und Einbringung von Gesetzesvorlagen zu bringen. Allerdings blieb im Repräsentantenhaus wie im Senat unsicher, ob und für welche Kompromissversion aus den verschiedenen Ausschussvorlagen Mehrheiten möglich sein würden. Sicher war dagegen, daß im Senat die 60 Stimmen für die Verhinderung der parlamentarischen Obstruktion durch ein lange dementiertes, am Ende aber unverhohlen angedrohtes *filibuster* der Republikaner nicht verfügbar waren. Die Schwierigkeiten der Mehrheitsbildung werden jedoch auch an den in letzter Minute ausgehandelten Alternativvorschlägen deutlich. Einige Prominenz haben vor allem in der Schlussphase der Auseinandersetzungen Kompromißvorlagen erlangt, die gemeinsam von gemäßigten Demokraten und Republikanern getragen wurden, beispielsweise der genannte Cooper Plan. Doch diese Vorlagen fanden noch weniger Unterstützung als Clintons, weil sie der Mehrheit der Republikaner schon zu weit gingen, der Mehrheit der Demokraten dagegen nicht annähernd weit genug.

6. Ausblick: Präsident Clintons Reform des Gesundheitssystems und der 104. Kongress

Der Hinweis auf die Schwierigkeiten einer zwischenparteilichen Kompromißvorlage verdeutlicht nicht nur die Problematik der Koalitionsbildung im zurückliegenden 103. Kongress, sondern lässt darüberhinaus erkennen, daß der kommende, 104. Kongress sich ebenfalls mit einer Gesundheitsreform schwer tun wird. Die amerikanischen Wähler haben sich wiederum für *divided government* entschieden und wünschen eine sachliche Kooperation ohne parteipolitische Winkelzüge und ideologische Blockaden. Doch die neu und wiedergewählten Abgeordneten und Senatoren repräsentieren auf der demokratischen wie der republikanischen Seite mehrheitlich gerade nicht den gemäßigten Typ von Politiker, der die gewünschte Kooperation innerhalb des Kongresses sowie zwischen Kongress und Präsident umsetzt. In beiden Parteien scheinen die moderat-zentristischen Flügel geschwächt, bei den Demokraten durch Verluste, bei den Republikanern durch Zuwachs auf dem konservativen Flügel. Gegenwärtig üben sich der Präsident wie der neue *Speaker*, Newt Gingrich, und der künftige *majority leader* im Senat, Robert Dole, in Beteuerungen konstruktiver Zusammenarbeit im Interesse der Nation. Aber das sind

nicht mehr als taktische Präliminarien. Welche Strategie Clinton verfolgen wird, ist generell noch nicht abzusehen. In Sachen Gesundheitsreform scheint er auf einen zentristischen Vorschlag zu setzen, der demnächst, vielleicht im Februar 1995 im Zusammenhang mit der *State of the Union Address* oder dem Budgetentwurf des Präsidenten vorgestellt werden soll. Doch Newt Gingrich ist ein Konfrontationspolitiker vom rechten Flügel der Republikaner, der in einer scharfen ideologischen Auseinandersetzung mit den Demokraten das Rezept für eine dauerhafte Stabilisierung der republikanischen Mehrheiten sieht. Auf seiner Agenda stehen moralische Fragen, Steuersenkungen, höhere Rüstungsausgaben, der Abbau des Sozialstaats und des Haushaltsdefizits, nicht die Gesundheitsreform. Dole ist ein eher pragmatischer Konservativer, der aber zum einen mit den konservativen Ideologen und den Rechtsauslegern unter den Republikanern im Senat rechnen muss, zum anderen als Kandidat für die Präsidentschaft 1996 Clinton nicht zu allzu grossen Erfolgen verhelfen darf. Ob aus der Mitte des Kongresses erfolgversprechende Neuauflagen der Kompromissvorschläge kommen, ist fraglich. Ich will auch darauf hinweisen, daß die bisher vorgelegten gemäßigten wie die konservativen Varianten der Reform die Krise des amerikanischen Gesundheitssektors noch verschärfen würden, weil ihnen das Kostenkontrollelement fehlt, zusätzliche Subventionen für Nichtversicherte ebenso wie vermeintlich nur inkrementelle Maßnahmen wie die Reform des Versicherungssektors erhebliche zusätzliche Kostenbelastungen mit sich bringen. Insofern werden Republikaner und gemäßigte Demokraten erhebliche Schwierigkeiten mit ihren eigenen Vorschlägen haben und wir dürfen nicht nur für die nächsten zwei Jahre weitere, wahrscheinlich noch verschärfte Auseinandersetzungen erwarten, aber nicht unbedingt schon entscheidende Ergebnisse.